

보고 달: <1>

자격 상황 보고서

DISTRICT ADDRESS <2>

날짜: <4>
케이스 이름: <5>
케이스 번호: <6>
파일/유닛 번호: <7>
담당 워커 이름: <8>
담당 워커 번호: <9>
SAR 주기 번호: <10>
고객 ID: <11>

(Bar Code) <3>

도움이 필요하십니까? 담당 워커에게 전화하십시오.

보내실 곳: <12>

ADDRESSEE: <13>

당신의 혜택을 계속 제 때에 받으려면, <14> 1 일 이후에 양식에 서명하여 <15> 5 일까지 보내 주십시오.

CalWORKs 에 대한, 당신의 가족수는 <16> 명입니다. 당신의 수입 보고 한계치(IRT)는 \$ <17> 입니다. CalFresh 에 대한, 당신의 가족수는 <18> 명입니다. 당신의 수입 보고 한계치(IRT)는 \$ <19> 입니다.

다음 중 수혜를 중지하기 원하시면, 네모칸에 체크를 하십시오: 본인의 CalWORKs 중지 본인의 CalFresh 중지 본인의 Medi-Cal 중지

1. 지난 보고 이후, 당신의 가정에 누가 이사를 왔거나 나갔습니까(신생아 포함), 아니면 당신이 다른 사람과 함께 이사를 왔습니까?

예 아니오 (만일 예라면, 아래 항목을 작성하십시오)

이전날짜(월/일/년) (mm/dd/yy)	이름 (이름, 중간 이름, 성)	생년월일	당신과의 관계	정기적으로 식품 구입 및 준비를 함께 합니까?
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

2. 지난 보고 이후, 당신의 주소에 어떤 변동이 있었습니까? 예 아니오 (만일 예라면, 아래 항목을 작성하십시오.)

새주소: _____ 이전 날짜: _____

번호, 도로, 도시, 우편번호

우편 주소(위와 다른 경우) _____

3. 지난 보고 이후, 당신이 이사를 했거나 새로운/변경된 주택비용이 있는 경우, 아래 항목을 기입하십시오:

현재 당신의 매월 임대료나 주택담보대출금은? \$	따로 지불한 경우, 현재 당신의 매월 재산세 및 주택 보험은? \$
당신의 임대료 또는 주택담보대출금에 포함되지 않은 유틸리티 비용이 있습니까? 만일 그렇다면, 어떤 것인지 체크하십시오: <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 쓰레기 수거 <input type="checkbox"/> 수도 <input type="checkbox"/> 전기/가스 <input type="checkbox"/> 기타 난방 또는 냉방 비용	

4. 당신의 가정에 있는 사람 중에:

A. 마약관련 유죄판결을 받은 증범자가 있습니까?

B. 법을 피해 도주하는 사람이 있습니까?

C. 집행 유예 또는 가석방 위반자가 있습니까?

예 아니오 (만일 예라면, 아래 항목을 작성하십시오.)

해당되는 사람 이름	위의 A, B, 또는 C	어디서 체포 또는 유죄판결을 받았습니까?	체포 및/또는 유죄 판결 날짜

5. 의료비: CalFresh 를 받고 60 세 이상이거나, 신체 장애인 사람의 의료비에 변동이 생겼습니까?

예 아니오 (만일 예라면, 아래 항목을 작성하십시오.)

누구에게 변동이 생겼습니까?	금액: \$
-----------------	--------

6. 자녀 양육비: 지난 보고 이후, CalFresh 를 받는 사람이 지불해야 할 자녀 양육비 금액에 변동이 생겼습니까? 예 아니오

만일 예라면, 보고 달에 지불한 금액은 얼마입니까? \$ _____

누가 양육비를 지불했습니까? _____ 만일 예라면, 증명을 첨부하십시오.

7. 부양가족 또는 아동 보육 비용: CalFresh 를 받는 사람이고 일하거나 일자리를 찾는 중이든지, 또는 학교에 다니고 있는 사람이 지난 보고 이후, 자녀 부양 또는 아동 보육 비용에 변동이 생겼습니까?

예 아니오 만일 예라면, 보고달에 지불한 금액은 얼마입니까? \$ _____

누가 지불했습니까? _____ 아동(들) 명단: _____

INCOME INCOME INCOME
INCOME INCOME INCOME
INCOME INCOME INCOME

8. 다음에 해당되는 사람이 있습니까: 지난 보고 이후, 재산, 토지, 집, 자동차, 은행 계좌, 현금, 지불금(복권/카지노 당첨금, 전 소셜 시큐리티 연금과 같은), 또는 기타 재산 항목을 가졌거나, 샀거나, 팔았거나, 매매했거나 기부했습니까?

예 아니오 (만일 예라면, 아래 항목을 작성하십시오. 공간이 더 필요하다면, 별도의 종이를 첨부하십시오.)

누구?	재산 종류?	언제?	금액:	<input type="checkbox"/> 샀음 <input type="checkbox"/> 팔았음 <input type="checkbox"/> 기부했음 <input type="checkbox"/> 소비했음.
				<input type="checkbox"/> 선물로 받았음 <input type="checkbox"/> 매매했음 <input type="checkbox"/> 당첨됐음 <input type="checkbox"/> 기타

9. 보고 달에 고용에서 수입이 생긴 사람이 있습니까? 예 아니오 (만일 예라면, 아래 항목을 작성하시고, 증명을 첨부하십시오). 보고 달은 첫째 페이지의 맨 위에 기재되어 있습니다. 일하는 사람마다 각 직장을 기재하십시오. 공간이 더 필요하다면, 별도의 종이를 첨부하십시오. 예를 들어, 아이 돌보기, 월급, 자영업, 병가 수당, 팁, 등이 포함됩니다.

	직장 #1	직장 #2	직장 #3
수입이 있는 사람의 이름:			
수입 출처:	자영업자는, 여기에 체크하십시오. <input type="checkbox"/>	자영업자는, 여기에 체크하십시오. <input type="checkbox"/>	자영업자는, 여기에 체크하십시오. <input type="checkbox"/>
지불 빈도:	<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 매달 <input type="checkbox"/> 한달에 두 번	<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 매달 <input type="checkbox"/> 한달에 두 번	<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 매달 <input type="checkbox"/> 한달에 두 번
그들이 번 총수입, 여기에 기재하십시오:	\$ \$ \$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$ \$ \$
한 달에 일한 시간:			
이 수입이 지속될 것입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

앞으로 6개월 이내 당신의 직장 또는 수입에 어떤 변동이 생길 것입니까? 예: 중지, 시작, 소득의 증가, 감소, 시간 변경, 사직, 또는 파업함, 지불 빈도 변화.
 예 아니오 만일 예라면, 여기에 설명해 주십시오:

10. 보고 달에 누군가 귀하의 다른 출처에서 생긴 돈이 있습니까? 예 아니오 (만일 예라면, 아래 항목을 작성하고 증명을 첨부하십시오.) 보고 달은 첫째 페이지의 상단에 기재되어 있습니다. 예를 들면 다음과 같은 것이 포함됩니다: 소셜시큐리티, 실직 수당, 재향군인 수당, 주정부 장애수당(SDI), 자녀 양육비/배우자 부양비, 근로자 상해 보험, 용자/선물, 주택, 유틸리티, 음식, 등 근로/블로 소득.

이름	수입 출처	한 번 지불 또는 매달	얼마
			\$
			\$
			\$

앞으로 6개월 이내, 이 소득에 어떤 변동이 생기게 됩니까? 예 아니오
여기에 설명하십시오:

11. 지난 보고 이후, 당신의 가정에 다음과 같은 일이 생긴 사람이 있습니까? 예 아니오 (만일 예라면, 아래에 체크하시고 증명을 첨부하십시오.):

- 가족 변동 사항(결혼, 이혼, 별거, 캘리포니아주 등록 동거인(RDP)으로 등록했거나, 캘리포니아 외 타주 동거인(DP)이 있거나, DP 또는 RDP 관계를 종결했거나, 임산부가 되었거나, 더이상 임산부가 아닙니까?)
- 직장/취업(직장을 시작, 중단, 사직, 사업을 시작했거나 파업을 했습니까?)
- 장애(신체장애인이 되었거나 장애 또는 중병에서 회복되었습니까?)
- 이민(미연방이민서비스국(USCIS) (INS)으로부터 시민권 또는 이민신분 변경, 또는 새로운 카드, 양식, 또는 편지를 받았습니까?)
- 보험(MEDICARE 을 포함해서, 의료, 치과, 또는 생명 보험 혜택이 시작, 중지, 또는 변경되었습니까?)
- 양육권(자녀에 대한 양육 시간수 변경/ 당신의 자녀에 대한 양육권이 있습니까?)
- 가내지원서비스(IHSS) (서비스를 받기 시작했거나 중지했습니까?)
- 학교 출석
 - * 현금 보조에 한해서만 - 연령 6-18 세 학생이 학교에 정기적으로 출석하기 시작했거나 중지했습니까?
 - * 연령 16 세 이상 학생 - 학교/대학에 다니기 시작했거나 중지했습니까? (책값, 학교 등록금, 등 청구가 가능할 수 있습니다.)
- 누군가 저의 집, 음식, 의복 또는 유틸리티 비용 모두를 지불했습니다. (설명하십시오.) _____
- 기타 _____

주의 깊게 읽고, 서명하고 날짜를 적으십시오.

이 양식에 서명함으로써:

- 본인은 위증시 처벌을 받는 조건 아래, 이 보고서의 모든 답변이 본인이 알고 있는 바 정확하고 완전함을 인증하고 이해합니다.
- 본인은 사기에 대한 처벌이 다음과 같음을 이해합니다: 본인은 징역 20년 및 벌금 \$250,000 형을 받을 수 있음. 본인이 수혜 자격이 없다면 혜택을 상환해야 할 수 있고, 고의로 규정을 어긴 것이 첫 번째인 경우에는 일 년 동안 CalFresh 를 받을 수 없을 것이며, 두 번째는 2년, 그리고 세 번째 이후로는 CalFresh 를 다시 받지 못할 것임.
- 본인은 본인의 연중간보고서 작성 완료에 필요한 모든 서류의 사본 제출에 동의해야 함을 압니다.
- 몇 가지 예를 들면, 자격 결정에 꼭 필요한 무슨 연락이든 취할 것에 동의하도록 본인에게 요구할 수 있음을 이해합니다.

확인서 - 사기 경고

본인은 다음에 대해 이해합니다: 보조나 혜택을 받든지 유지하기 위해 소득, 재산, 또는 가족 상황에 대한 모든 사실을 고의로 보고하지 않거나 잘못된 사실을 제공하면, 본인은 법적 기소를 당할 수 있습니다. 만일 현금 보조가 \$950 이상이고/거나 이 같은 행동의 결과로 CalFresh 가 잘못 지불되었을 경우, 중범죄를 범한 혐의로 기소될 수 있습니다. 본인은 현금 보조 및 CalFresh 의 자격/상황 보고서에 대한 설명 및 벌금의 사본을 받았습니.

보고 달 마지막 날 이후에, 이 보고서에 서명하고 날짜를 적으십시오. 그렇지 않으면, 미완료로 간주될 것입니다.

본인은 미연방법 및 거주법에 따라 위증시 처벌을 받는 조건 아래 이 보고서에 포함된 사실 진술이 사실이며 정확하고 완료된 것임을 선언하는 바입니다.

누가 아래에 서명해야 합니다: 현금 보조의 경우: 보조받는 당신의 배우자, 등록 동거인(DP)과, 가정에 거주하는 경우 (현금 보조를 받은 아동의) 다른 부모. CalFresh 의 경우: 집안의 가장, 책임자, 또는 가족 구성원의 권한 대리인.

서명 또는 마크 표시 →	서명 날짜	집 전화 () -	연락 전화/핸드폰 () -
배우자, 등록된 동거인(DP), 또는 현금 보조를 받은 아동(들)의 다른 부모의 서명 →	서명 날짜	마크 표시에 대한 증인, 통역관, 또는 기타 서류 작성인의 서명 →	서명 날짜